FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N° 585

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Antoine PUISSANT
né le 29 Mars 1927 à Conchy-les-Pots (Oise)
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1960

LE SYNDROME DE GIANOTTI ET CROSTI

(Acro-dermatite Erythémato-Papuleuse Infantile.)

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Antoine PUISSANT
né le 29 Mars 1927 à Conchy-les-Pots (Oise)
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE SYNDROME DE GIANOTTI ET CROSTI

(Acro-dermatite Erythémato-Papuleuse Infantile.)

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof[r] à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribolsière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Prof[r] à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof[r] à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof[r] à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. pr. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (P.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
[illegible]siologie.	ABOULKER (P.)
[illegible]ologie.	AMELINE (A), pr. s. ch.
[illegible]mie médicale	HUGUIER (J.)
Clinique [illegible]rgicale	OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MARIE DOMINIQUE

Aux médecins de l'Hôpital Saint Louis,
dont je fus l'élève au cours de mon internat :

Monsieur le Professeur R. DEGOS,

Il m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Monsieur le Professeur B. DUPERRAT

Il m'en a confié le sujet.

Monsieur le Docteur de GRACIANSKY

au cours de mon externat :

Monsieur le Professeur F.P. MERKLEN

A mes Maîtres au cours de mon internat et de mon externat :

Monsieur le Pr AUBIN

Monsieur le Pr. LANTUEJOUL

Monsieur le Pr. LELONG

Monsieur le Pr. J. GOSSET

Monsieur le Dr J. LEREBOULLET

Monsieur le Dr J. LEMOYNE

Monsieur le Dr M. MORIN

Monsieur le Dr A. MEYER

Monsieur le Dr PH. SERINGE

Monsieur le Dr VIALATTE

H I S T O R I Q U E

En I955, dans le fasciculeVI du journal Italien de Dermatologie et Syphiligraphie, Ferdinando GIANOTTI, décrit trois cas, cliniquement superposables, observés chez des enfants de 3 à 8 ans à la Clinique Dermatologique de la via Pace à Milan, d'une maladie caractérisée par "une éruption érythémateuse, infiltrante et desquamative, en foyers lenticulaires isolés, siégeant aux extrémités, et de nature probablement toxi-infectieuse". Il en fait d'emblée une description très complète· il insiste sur le monomorphisme de l'élément éruptif érythémato-papuleux, sur la localisation exclusive aux membres, au visage et au cou, sur la durée d'évolution supérieure à celle des maladies exanthématiques infantiles connues.

Il décrit l'aspect histologique des lésions cutanées. Il note l' absence de leucocytose significative, l'absence de splénomégalie, le caractère négatif de la réaction de Paul-Bunnel-Davidsohn. Il signale la présence dans le sang d'un pourcentage variable " d'histiocytes lymphocytoïdes ou monocytoïdes de type mature".

Il conclue à une étiologie infectieuse de nature probablement virale.

En I956, GIANOTTI reprend, avec son Maître GROSTI, l'étude de ce syndrôme à propos de huit autres cas. Ces nouvelles observations ne font que confirmer l'individualité de la maladie décrite l'année précédente.

En I957, au Congrès International de Dermatologie de Stockholm, les mêmes auteurs illustrent leur description de nouvelles observations à ce même congrès, des cas similaires sont rapportés verbalement par des cliniciens de Londres, de Varsovie, de Lausanne.

Cette même année, M. DOGLIOTTI, de Turin, émet, à l'occasion de deux observations chez des enfants de trois et quatre ans, de nouvelles hypothèses sur la pathogénie du syndrôme.

Au cours de l'année I958, les publications d'observations de "Syndrome de Gianotti et Crosti" se multiplient :

En Italie, L. BESSONE, de Gênes, présente devant la S.I.D.E.S. (Société Italienne de Dermatologie) trois cas tout à fait caractéristiques, chez des enfants de 8 ans I/2, 2 ans et 3 ans ;il note chez l'un deux l'existence d'une splénomégalie. V. SPAGNOLI, de Sienne, observe le syndrome chez une fillette de 7 ans.

En Suisse, CHAPUIS publie dans la Revue Médicale de la Suisse Romande un cas chez un garçon de I8 mois.

A Paris, B. DUPERRAT et A. PUISSANT décrivent deux autres cas suivis à l'Hôpital Saint Luis.

En I959, à Bolzano, trois nouvelles observations sont présentées par TORCHI et GALANTINI à la Société Médicale de Bolzano; à Rome, un cas est publié par CAVALIERI et MUSCARDIN, à Naples, deux cas par CERUTTI; de son côté, V. PUCCINELLI fait, dans la Minerva Dermatologica de Juin I959 l'étude très complète d'un cas un peu particulier à cause de l'âge inhabituel du malade: I5 ans, et de la présence de lésions histologiques épidermiques non observées jusque là.

Devant la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie (séance du IO-XII-I959), GUILLAINE et PUISSANT présentent le syndrome de GIANOTTI et CROSTI à propos d'une observation faite chez un nourrisson de I8 mois.

Actuellement , CONTI, de Cagliari, prépare la publication de six cas absolument typiques, observés en Sardaigne. Nous avons eu, nous-même, cette année, le plaisir d'examiner deux enfants atteints du syndrome de Gianotti et Crosti à la Clinique Dermatologique de la Via Pace, à Milan, où le Pr CROSTI nous fit le grand honneur de nous recevoir; qu'il nous permette ici de lui témoigner toute notre gratitude pour l'accueil incomparable qu'il voulut bien nous réserver.

E T I O L O G I E

Le Syndrôme de GIANOTTI et CROSTI s'observe pratiquement, uniquement chez les enfants, avant la puberté:

Sur trente-cinq cas pris dans la littérature, on note :

- avant un an ..... 2 cas
- de 1 an à 5 ans .....I8 cas
- de 5 ans à 10 ans.....I4 cas
- un seul cas à l'age de I5 ans.

La répartition suivant l'âge est la suivante :

- 9 mois ... 1
-I0 mois ... 1
-I5 mois ... 1
-I8 mois ... 1
- 2 ans .... 4)
- 3 ans .... 7) I9
- 4 ans .... 5)
- 5 ans 3
- 6 ans 1
- 7 ans 3

- 8 ans 2
- 9 ans I
-I0 ans 4
-I5 ans I

La répartition de la maldie suivant l'âge est donc assez régulière depuis l'âge de 9 mois jusqu'à la période pré-pubertaire, avec , peut être, une prédominance pour les enfants de 2, 3, 4 et 5 ans. Il est remarquable , qu'après l'age de 10 ans, on ne retrouve qu'une seule observation, à l'âge de I5 ans (PUCCINELLI).

Le syndrôme de GIANOTTI et CROSTI ne présente pas d'affinité nette pour un sexe ou l'autre ; sur 35 cas, on en retrouve; 20 chez le garçon et I5 chez la fille.

A mesure que se multiplient les observations, apparait une nette prédominance saisonnière : c'est plus volontiers au printemps et au début de l'été qu'on observe l'acrodermatite érythémato-papuleuse infantile. Les mois d'apparition, pour 26 cas, se répartissent comme suit :

- Mars-Avril-Mai ..... I0) I9
- Juin-Juillet ..... 9)
- Octobre 1
- Novembre 3
- Décembre I
- Février 2

La contagiosité de la maladie n'apparait pas à la lecture de la plupart des auteurs. Le syndrome de GIANOTTI et CROSTI est habituellement observé de façon isolée. Les examens cliniques des enfants en contact avec les petits malades porteurs d'acrodermatite (famille , entourage) n'ont jamais permis de retrouver de façon certaine la même maladie.

Cependant, cette absence de contagiosité, en apparence évidente, mérite discussion. En effet, dans sa publication princeps, GIANOTTI soulevait l'hypothèse d'une contagiosité possible, et apportait des arguments de poids: cinq enfants de 3 à 6 ans, atteints de dermatoses diverses (trois teignes tricophytiques un chérion tricophytique: un herpès), hospitalisés dans la même salle que son cas n°2, ont présenté, 9 à I2 jours, après l'admission de ce petit malade "un épisode de 4 à 7 jours avec fièvre élevée, tuméfactions ganglionnaires sous-cutanées dans les principaux territoires, et dans un cas, un exanthème uniforme exclusivement localisé aux membres, accompagné de gonflements articulaires ; dans les 4 autres cas, apparut une angine érythémato-pultacée ou herpétiforme qui dura 2 à 6 jours". Or, chez tous ces sujets, GIANOTTI trouva dans le sang les éléments "histiocytaires lymphocytoïdes ou monocytoïdes" dont le pourcentage dans la formule sanguine variait de 4 à 56% avec des variations journalières, tout comme il les avait trouvés , et tout comme on les retrouve régulièrement chez la grande majorité des enfants atteints du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI.

De tels faits, s'il se confirmaient , permettraient de conclure à la contagiosité de la maladie et d'établir une durée d'incubation qui serait de 9 à I2 jours.

PUCCINELLI, dans sa publication, note avec beaucoup de réserves les faits suivants rapportés par la famille de son malade : la soeur aînée de ce dernier aurait présenté un mois plus tôt une éruption identique la petite fille d'une voisine, âgée de 4 ans, aurait aussi, dans le même temps, été atteinte d'une éruption localisée aux mains et au visage. Enfin, pendant l'hospitalisation du sujet faisant l'objet de la publication, le frère mineur de celui-ci a eu une éruption, localisée aux mains et au visage, "faite de quelques éléments miliaires, punctiformes, peu ou pas surélevés", et une très discrète micropolyadénopathie, ce rash disparut sans desquamation "en quelques jours". L'auteur reste bien sûr, très circonspect pour interpréter ces données.

La plupart des auteurs insistent au contraire sur le caractère tout à fait isolé de l'apparition de chaque cas.

En attendant de nouvelles observations, il reste donc impossible de dire si le syndrôme de GIANOTTI et CROSTI est ou non une maladie contagieuse. Pour le moment la maladie semble plutôt apparaitre sous formes tout à fait sporadiques en des lieux éloignés les uns des autres.

CAS	AUTEURS	AGE	SEXE	SAISONS
1	GIANOTTI	3 ans	M	Juillet
2	id	3 ans	M	?
3	id	8 ans	M	Printemps
4	CROSTI & GIANOTTI	9 mois	M	Février
5	id	4 ans	M	Mai
6	id	5 ans	F	Juin
7	id	7 ans	F	Juin
8	id	7 ans	M	Novembre
9	id	6 ans	M	Avril
I0	id	3 ans	M	Juillet
11	id	2 ans	F	Février
I2	DOGLIOTTI	4 ans	M	Juillet
I3	id	3 ans	M	Juillet
I4	BESSONE	8 ans	F	Avril
I5	CHAPUIS	I8 mois	M	Juin

I6	DUPERRAT-PUISSANT	3 ans	F	Novembre
I7	id	2 ans	F	Mai
I8	SPAGNOLI	7 ans	F	Juin
I9	PUCCINELLI	I5 ans	M	Printemps
20	BESSONE	3 ans	M	Mai
2I	id	2 ans	M	Mai
22	CAVALIERI-MUSCARDIN	5 ans	M	Mai
23	VOGLINO	2 ans	F	Juillet
24	MARCHESELLI	I0 mois	F	Décembre
25	TORCHI-GALANTINI	I0 ans	F	Novembre
26	id	5 ans	F	Mai
27	CERRUTI	I0 ans	F	?
28	id	9 ans	M	?
29	GUILLAINE-PUISSANT	I5 mois	M	Octobre
30	CONTINI	I0 ans	F	Avril
3I	id	4 ans	M	Mai

32	id		IO ans	F	Mai
33	id		4 ans	M	Aout
34	id		3 ans	M	Mars
35	id		4 ans	F	Mars

DESCRIPTION CLINIQUE

La symptomatologie clinique du syndrome de GIANOTTI et CROSTI se résume essentiellement en une éruption qu'accompagne une micropoly-adénopathie et assez souvent, une hépatomégalie, sans splénomégalie.

L'ERUPTION :
répond à trois conditions :

a/ - elle est d'installation brutale
b/ - elle est papuleuse et monomorphe,
c/ - elle est localisée aux extrémités.

a/ - Elle est d'installation brutale :

Elle s'installe le plus souvent inopinément chez un enfant en parfait état de santé apparente.

Lorsqu'existe une phase prodromique , elle est toujours courte et marquée par des troubles aussi peu intenses que caractéristiques: asthénie, inappétence, fébricule ou plus souvent fièvre élevée mais de durée brève, angine érythémateuse, céphalée, troubles gastro-intestinaux bénins: on a signalé la possibilité d'arthralgies (cas n°2

de CERRUTI). L'existence inconstante de ces prodrômes est en faveur d'une étiologie infectieuse, mais, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de définir une période d'incubation.

Quoi qu'il en soit, c'est brutalement que s'installe l'éruption. Tel enfant, tout à fait normal au bain de la veille, est couvert de papules le lendemain à son réveil. Cette rapidité d'installation a pu, par un heureux hasard de circonstances, être bien précisée par BESSONE (cas n° 1). Mais étant donnée l'absence de symptomatologie générale, il est peu fréquent que le dermatologiste voit l'enfant à un stade précoce; l'interrogatoire soigneux doit donc s'efforcer de retrouver cette notion importante.

Apparue dans le cours d'une nuit, l'éruption s'étend très vite, en 24 à 48 heures, parfois plus, mais toujours en moins d'une semaine, à tous les territoires auxquels elle restera désormais cantonnée pendant tout le temps de la maladie. Cette extension se fait dans l'ordre suivant :

membres inférieurs membres supérieurs cou visage

Ce type d'extension est la règle ;les quelques anomalies signalées ne font que confirmer celle-ci, puisque dans tous les cas publiés on ne retrouve que des débuts simultanés aux pieds et aux mains, ou aux cuisses et aux avant-bras, avec très rapidement extension aux autres territoires (cas de PUCCINELLI, cas n° 1 et 2 de TORCHI-GALANTINI: cas n° 2 et 5 de CONTINI). Il semble sependant que le début puisse se faire,rarement il est vrai, par l'atteinte du visage.

b/ - Elle est papuleuse et remarquablement monomorphe :

La peau est recouverte d'une infinité de petites papules, très bien séparées les unes des autres, de 1 à 3 mms de diamètre, saillantes, de coloration rouge ou mieux rouge cuivré, un peu ocre à la vitro-pression. Parfois, cette coloration est cyanique. Il n'est pas rare que quelques éléments aient un aspect franchement purpurique.

Ces papules sont folliculaires quelques-unes peuvent être extra-folliculaires. Elles se détachent bien sur un fond cutané de coloration normale, blanche ou à peine rosée.

Leur consistance est plus pâteuse que dure elles ne donnent pas la sensation de grains de plomb, mais sont, au contraire, mal individualisables au milieu du léger oedème qui les circonscrit. Leur palpation ne provoque ni douleur, ni symptomatologie subjective particulière. Il n'y a pas de prurit , ou bien, un prurit minime.

Cette éruption a toujours une densité maximum sur les cuisses et sur les fesses elle tend volontiers à la confluence sur le dos des pieds et des mains; elle reste au contraire très clairsemée au niveau des plis de flexion, en particulier du creux poplité et de la saignée.
Au visage, elle est habituellement beaucoup moins intense que sur les membres. Enfin, sur les paumes des mains et sur les plantes des pieds, elle est d'ordinaire représentée par de simples macules érythémateuses.

Ces variations de densité selon le territoire ne diminuent en rien le remarquable monomorphisme de cette éruption papuleuse: c'est bien là ce qui, avec la topographie

si particulière, permet, dès le premier coup d'oeil, de reconnaitre le syndrome de GIANOTTI et CROSTI.

c/ - L'éruption est localisée aux membres et aux joues elle respecte le tronc.

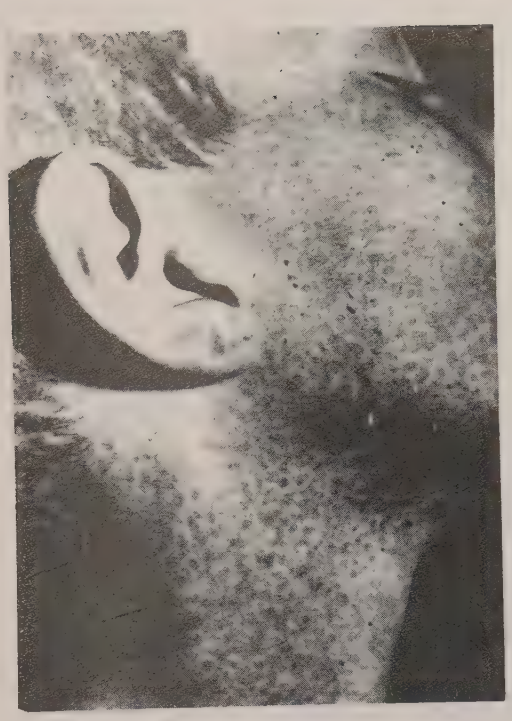
Bilatérale et symétrique, elle intéresse :

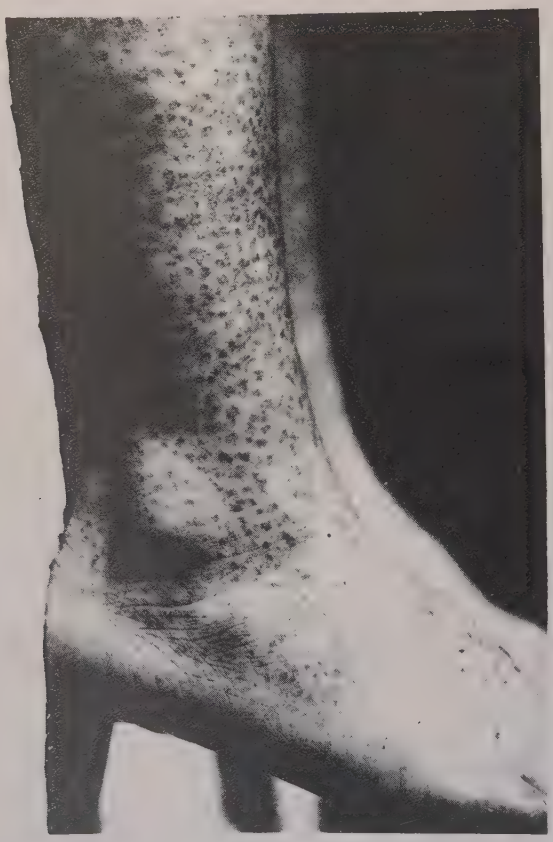
= aux membres inférieurs: la plante et le dos des pieds, toute la hauteur des jambes et des cuisses, les fesses. En avant, elle s'arrête, dans les cas typiques suivant une ligne assez nette, horizontale sous -jacente et parallèle à un ou deux travers de doigt au pli de l'aine. en arrière, au niveau des lignes convergeant du sommet des ailes iliaques au coccyx.

= aux membres supérieurs: la paume et le dos des mains, les avant-bras et les bras elle s'arrête au niveau de la ceinture scapulo-humérale.

= au cou, qu'elle intéresse sur tout son pourtour, en bas, elle ne déborde pas sur le thorax, en haut,elle se continue, sans discontinuité sur le visage.

= au visage, elle prédomine sur les joues et sur les pommettes elle respecte habituellement la région médio-faciale ; à la périphérie, elle peut déborder, légèrement il est vrai, sur le cuir chevelu (dans I/3 des cas environ le visage est respecté).





Cette topographie est constante. Il n'est pas exceptionnel cependant que l'éruption déborde sur l'abdomen, soit seulement sur la région pubienne (cas n° 2 de DOGLIOTTI), soit sur tout l'hypogastre (cas n° 5 et n° 8 de CROSTI et GIANOTTI; cas n° I de DOGLIOTTI), soit même jusque sur l'épigastre (cas n° 1 de BESSONE).

On peut dire que le thorax est toujours respecté: dans une seule des trente cinq observations publiées, est signalée la présence "d'éléments isolés, nets, bien distincts, sur la région médio-thoracique antérieure et sur les régions infra-scapulaires postérieures" (cas n° 1 de TORCHI et GALANTINI), mais, ils s'agissaient d'éléments assez rares. On doit retenir comme la caractère topographique essentiel du syndrome de GIANOTTI et CROSTI: le fait que son éruption n'atteint pas le thorax , "s'opposant ainsi, d'une façon radicale, au syndrome d' ETTERER-SIWE " (DUPERRAT). La peau en dehors de l'éruption , est tout à fait normale.

Les muqueuses visibles sont en général indemnes; le 5° malade de CROSTI et GIANOTTI avait "sur la muqueuse jugale gauche, des petits points érythémateux un peu infiltrés", et le 2° malade de TORCHI et GALANTINI "sur la face interne des joues, une discrète dissémination de petits éléments érythémateux, punctiformes isolés". Dans toutes les autres observations, on insiste sur l'intégrité des muqueuses.

Cette éruption si spéciale, une fois installée, restera inchangée, malgré les thérapeutiques les plus variées, pendant cinq à huit semaines.

LES ADENOPATHIES :

Ne paraissent jamais manquer. Elles sont à la fois nombreuses et discrètes. La grosseur des ganglions varie de celle d'un pois à celle d'une noisette. Ils sont fermes, mobiles entre eux et sur les plans qui les circonscrivent. Ils sont indolents.

Tous les territoires lymphatiques sous-cutanées peuvent être intéressés: sous-maxillaires et latéro-cervicaux, épitrochléens, mais ce sont essentiellement les groupes axillaires, et surtout, inguinaux qui sont intéressés.

Bien que discrète, cette micropolyadénopathie est toujours nette; sa rétrocession, parallèle, mais avec quelques jours de retard, à celle de l'exanthème, permet d'affirmer son caractère morbide.

Chez trois enfants seulement sur trente cinq, la recherche des adénopathies a été négative (TORCHI et GALANTINI - GUILLAINE et PUISSANT).

Notons que, lorsqu'on a fait des radiographies thoraciques, on n'a jamais noté d'opacité hilaire évocatrice d'une adénopathie médiastinale.

Regrettons que jamais n'ait été pratiquées de ponction ni de biopsie ganglionnaires.

L'HEPATOMEGALIE :

est beaucoup moins fréquente. Si l'on en juge des observations publiées , elle apparait rare et discrète: débordant tout au plus de un ou deux travers de doigt le rebord costal sur la ligne axillaire antérieure, pendant l'inspiration (cas n° 2 de GIANOTTI cas n° 6, 7, 8 de CROSTI et GIANOTTI cas n° 1 de BESSONE cas n° 3 de CONTINI).

Elle pourrait être, en réalité, plus fréquente, le Professeur GIANOTTI nous a dit avoir, assez souvent, observé une hépatomégalie sur la douzaine de cas qu'il a pu suivre au cours du printemps I960 ; l'un des deux enfants que nous avons examinés à la clinique dermatologique de Milan avait un foie dont le bord inférieur débordait l'horizontale ombilicale sur la ligne axillaire antérieure ; ce foie, lisse et régulier,était indolent, spontanément et à la palpation; sa consistance était normale.

Quant à la rate, elle est pratiquement toujours normale,nimpalpable,ni percutable. Seul, Bessone, dans une observation, note l'existence d'une splénomégalie modérée.

Tel est le tableau clinique du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI: il se résume habituellement aux signes objectifs précédemment décrits, l'évolution se faisant en dehors de toute atteinte de l'état général. Dans un certain nombre de cas cependant, qu'il y ait eu ou non une phase prodromique du type de celle que nous avons décrite en tête de ce

chapitre, on observe :

soit une angine; celle-ci, érythémateuse ou érythémato-pultacée, survient volontiers entre le 8° et le I5° jour de l'évolution de l'éruption; elle s'acoompagne souvent d'un clocher thermique à 39° ou 40°; elle dure deux à quatre jours ; aucun caractère local ne confère à cette angine une physionomie particulière (GIANOTTI: cas 1 et 2, CROSTI et GIANOTTI: cas 7 et 9, SPAGNOLI, TORCHI et GALANTINI cas 2);

soit une épisode fébrile isolé, le plus souvent passager (CROSTI et GIANOTTI: cas 8, DOGLIOTTI: cas 1 et 2; VOGLINO »), ;il pourrait persister pendant toute la durée de l'évolution (GIANOTTI et CROSTI : cas 5).

Citons des troubles constatées jusqu'ici, pour chacun d'eux, à l'occasion d'une seule observation, mais qui prendront peut être dans l'avenir plus d'importance. C'est ainsi que GIANOTTI observe chez son 3° malade un épisode de diarrhée fébrile ;que PUCCINELLI insiste sur la forte céphalée qui s'exacerbe en même temps que se complète l'éruption de son cas ; que CONTINI constate, au I5° jour d'une éruption typique d'acrodermatite érythémato papuleuse infantile, l'apparition d'un subictère, d'abord conjonctival puis généralisé ; ce subictère s'accompagne d'élévation thermique à 38° et d'une augmentation de volume du foie qui, à bord inférieur lisse et arrondi, est sensible à la palpation; ;les signes cliniques d'atteinte hépatique se maintiennent pendant quatre jours, puis s'atténuent progressivement pour disparaitre huit jours plus tard en même temps que commence à s'effacer l'eruption, à ce moment, à son 23° jour d'évolution.

Ces faits, qui devront être précisés lors des observations ultérieures, laissent supposer, malgré leur caractère isolé, que le facteur causal du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI est capable d'atteindre, non seulement la peau et le système ganglionnaire lymphatique, mais encore la plupart des viscères.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En pratique, leur intérêt est surtout, si on excepte la biopsie cutanée et la formule sanguine, d'ordre éliminatoire.

HEMOGRAMME :

Il révèle assez souvent une discrète anémie hypochrome. Le nombre des leucocytes est souvent normal; dans quelques cas, existe une leucopénie entre 4.500 et 5.000 G.B.; moins fréquemment, on trouve une hyperleucocytose modérée autour de I0.000 G.B.; ces variations, pour le moment, intéressent un trop petit nombre de cas pour prendre une signification quelconque. Dans la moitié des cas environ, on note une modique éosinophilie (habituellement entre 3 et 8%). Les plaquettes, lorsqu'elles ont été comptées, ont toujours été normales.

Dans plus de 60% des cas, on a constaté la présence, dans le sang, d'un pourcentage variable (2 à 20) "d'éléments histiocytaires, lymphocytoïdes ou monocytoïdes", avec tous les termes de passage entre ces deux variétés; ces éléments ont un aspect mature, parfois un

peu jeune. Ils ont "un noyau de dimension variable, arrondi ou bilobé ou plurilobé, avec des bords linéaires avec un réseau chromatinien très fin et très régulier (différent de celui des cellules de Rieder parce que plus fin et uniforme) qui, à la coloration avec le M.G.G. prend un aspect tinctorial semblable à celui des noyaux lymphocytaires. Le cytoplasme est plus ou moins abondant, d'aspect foliacé et privé de granulation ;il présente une basophilie variable. Dans quelques éléments il y a, dans le cytoplasme, des trainées oxyphiles" (GIANOTTI). Leur nombre varie, chez le même malade, d'un jour à l'autre. Il est banal de noter, à leur côté, la présence de 1 ou 2 cellules de TURCH. D'après GIANOTTI, si on recherchait quotidiennement ces cellules chez les sujets atteints d'acrodermatite érythémato-papuleuse, on les retrouverait de façon constante.

HEMOGRAMME

Auteurs	Age	G.R.	Hb	VG	G.B.	N	E	B	L	M	H	C Türck Plaquettes
GIANOTTI	3 a.	3.950.000	70	0,88	6.000	53	2	0	39	6		260.000
id	3 a.	4.000.000	70	0,87	2.000	I6	0	0	60	I7	7	220.000
id	8 a.	4.800.000	90	0,93	8.800	75	0	2	I0	8	5	200.000
CROSTI & GIANOTTI	9 m.	3.950.000	70	0,88	I2.000	37	2	0	5I	3	7	
id	4 a.	4.500.000	75	0,83	8.000	33	2	I	54	9		
id	5 a.I/2	3.955.000	70	0,87	7.400	69	I	0	25	4	I	
id	7 a.I/2	3.800.000	75	0,98	4.400	40	2	I	43	3		220.000
id	7 a.	3.950.000	70	0,88	6.400	40	6	I	45	6	2	
id	6a.I/2	4.550.000	80	0,8I	6.500	36	0	0	50	4	I0	
DOGLIOTTI	4 a.	4.200.000	80	0,90	5?400	54	2,5	0	34	I2;5	7	
id	3 a.	4.500.000	90	I	7.800	73	I	0	2I	4	I-2%	
BESSONE	8a.I/2	4.450.000	86	0,93	9.200	42	I2	0	38	4	4	230.000

CHAPUIS	I8 m.	3.960.000	79		6.950	5I,5	3,5	0	37,5	6,5	..		
DUPERRAT-PUISSANT	3 a.	4.0I0.000			8.000	38	4		50	8			
id	2 a.	4.800.000		0,90	9.400	38	8		48	5	(3Plasm)		230.000
SPAGNOLI	7 a.	4.800.000	90	0,93	6.800	42	2	0	48	6	2	2	
PUCCINELLI	I5 a.	4.640.000	80	0,86		48	9		23	9	I0	I	
CAVALIERI-MUSCARDIN	5 a.	4.400.00	76	0,86	6.900	42	8		50	6			Nbre Nl
CERUTTI	I0 a.						+				0		
id	9 a.						2				3		
TORCHI-GALANTINI	I0 a.	4.830.000	82	0,80	6.750	55	3	I	34	7			
id	5 a.	3.760.000			I4.200	34	5		57	2	2		
GUILLAINE-PUISSANT	I5 m.	3.750.000			8.000	26	I		47	26			
CONTINI	9 a.	3.700.000	I00	I,35	6.000	63	4		30	3	4		
id	3 a.	3.290.000	90	I,4	I0.800	44	8		42	6	5		
id	4 a.	3.280.000	80	I,25	6.200	27	8		62	3	6		

Signalons ici la leucopénie impressionnante (2000 G.B.) constatée à la 3° semaine de l'éruption chez le 2° malade de GIANOTTI, cette leucopénie, qui s'accompagnait d'une asthénie importante, s'améliora en huit jours, en dehors de tout traitement spécifique. C'est le seul cas où est retrouvée une leucopénie aussi basse.

L'étude des frottis de moëlle osseuse,

que CROSTI et GIANOTTI ont fait dans six cas leur a permis de constater "une augmentation nette des éléments histiocytaires, avec les mêmes caractéristiques que celles des cellules en circulation".

Nous n'avons pas retrouvé cette anomalie chez l'enfant à qui fut fait un myélogramme (n°2)

Le temps de saignement, le temps de coagulation, le temps de rétraction du caillot ;

avaient, toutes les fois qu'ils furent mesurés, une durée physiologique.

Il n'est pas rare de constater une diminution de la résistance capillaire :

Le signe du lacet était très fortement positif(++) chez le 2° malade de GIANOTTI et chez le 7° de CROSTI et GIANOTTI; il était légèrement positif (+) chez le 3° malade de GIANOTTI, et chez le I° de BESSONE. En revanche, SPAGNOLI, PUCCINELLI, CAVALIERI et MUSCARDIN n'ont pas noté de fragilité vasculaire anormale.

Cependant, nous avons vu que , cliniquement, les éléments éruptifs présentaient volontiers une évidente composante purpurique , cet aspect purpurique est parfois assez intense pour faire redouter, malgré la topographie si spéciale de la dermatose, une réticulose maligne.

Il faut aussi souligner le fait suivant, constaté par GIANOTTI, confirmé par DOGLIOTTI: l'application d'un lacet à la racine des membres porteurs des papules de l'acrodermatite provoque, soit une intense coloration cyanique des éléments éruptifs, soit l'apparition de purpura à leur seul niveau quand le signe du lacet est négatif au niveau de la peau saine intercalaire. Cette coloration cyanique, et, bien sûr, le purpura, persistent longtemps après ablation du lacet. Bien plus, dans les jours qui suivent la disparition de l'éruption, l'application du lacet fait apparaitre un purpura, ou seulement des tâches cyanotiques, aux seuls points où précédemment il y avait des papules: on peut ainsi reproduire, a posteriori, la topographie de l'éruption éteinte.

La vitesse de sédimentation globulaire :

est, soit tout à fait normale, soit modérément et transitoirement augmentée (10 à 15 mms à la Ière heure; 20 à 30 mms à la 2° heure).

L'électrophorèse des protides du sérum ,
révèle souvent une hyper-alpha et une hyper-bêta globulinémie, beaucoup plus rarement une discrète augmentation du taux des gamma-globulines.

La C.R.P.
fut positive (++) dans le seul cas où elle fut recherchée (BESSONE).

La recherche des agglutinines froides,
montra leur présence au taux de I/32° dans un cas, au 45° jour de l'éruption: elles étaient absentes chez 8 autres malades (GIANOTTI: 3 - CROSTI: 4,5, 6,7,8,9 - BESSONE)

Le test de Coombs était négatif chez le malade de BESSONE.

Les séro-diagnostics des fièvres typhoïde et para-typhoïdes A et B, des brucelloses à brucella melitensis et Bang, de la dysentérie bacillaire, furent négatifs chez les 3 sujets où on les pratiqua (GIANOTTI 2,3 - BESSONE).

La réaction de Paul BUNNEL-DAVIDSOHN,
faite dans I3 observations, à des stades divers de l'évolution du syndrôme, a toujours été négative (DIANOTTI 2,3 - CROSTI et GIANOTTI: 4,5,6,7,8 9. DOGLIOTTI: I,2 - BESSONE, SPAGNOLI, PUCCINELLI).

Le taux des anti-streptolysines sériques :

était un peu élevé dans trois cas :

625U (CROSTI et GIANOTTI,9) 625U (PUCCINELLI)
300U (BESSONE).

Partout ailleurs, il était à des chiffres non pathologiques, c'est à dire à moins de 200U (CROSTI et GIANOTTI 4,6,8 DOGLIOTTI I,2, TORCHI et GALANTINI 1).

La sérologie de floculation et d'hémolyse pour la syphilis ,

a toujours été négative.

L'épreuve de fixation du complément pour le virus A.P.C.

était négative chez le malade de CHAPUIS.

La recherche de cellules L.E.

était négative chez le malade de BESSONE.

Des hémoculture

ont été faites chez trois malades: elles furent négatives deux fois (CROSTI et GIANOTTI, 9 BESSONE)

DOGLIOTTI a trouvé un staphylocoque blanc chez un sujet qui avait , de plus, une intra-dermo-réaction douteuse (±) à l'antigène staphylo-coccique.

Les tests cutanés à la tuberculine

sont toujours négatifs (il faut éliminer le 3° cas de GIANOTTI, qui présentait des signes pulmonaires radiologiques évidents de primo-infection ancienne : calcifications parenchymateuses et hilaires)

Les tests cutanés à l'antigène streptococcique :

ont été négatifs dans 3 cas (CROSTI et GIANOTTI, 9; CERUTTI, 1, 2); la réponse était intensément positive chez un malade de BESSONE (vaccin Sclavo, dilution correspondant à un million de germes injectés). l'intra-dermo-réaction à l'antigène staphylococcique était ici négative.

Les examens radiologiques,

- des poumons ont pratiquement toujours montré une image thoracique normale,

- du squelette, n'ont été pratiqués que par BESSONE, et DUPERRAT-PUISSANT : Le squelette ne présentait, dans ces deux observations, aucune lésion radiologiquement décelable.

Le fond d'oeil

était normal la seule fois où il fut examiné (DUPERRAT-PUISSANT)

Signalons enfin le caractère constamment normal des urines aux examens de routine (albumine-sucre)

EXAMEN ANATOMO - PATHOLOGIQUE

L'examen de la biopsie d'un des éléments éruptifs révèle une intense réticulo-endothéliose du derme superficiel.

La papule est, en effet, constituée par une plaque d'oedème papillaire avec un infiltrat en coulées périvasculaires, et, inconstamment et toujours à un moindre degré, péri-sudorales. Cet infiltrat est lympho-histiomonocytaire. Il ne renferme pas de cellules monstrueuses bien que certains monocytes aient un noyau boudiné et tuméfié. Il intéresse essentiellement le corps papillaire et le derme moyen.

Au-dessus de l'infiltrat dermique superficiel, le corps muqueux de Malpighi a une structure dans l'ensemble normale, il est, par place, le siège d'une exocytose modérée constituée par des éléments migrés à partir des infiltrats sous-jacents, il n'y a habituellement pas de spongiose, il existe, habituellement, une discrète hyperkératose avec quelques plages de parakératose. Parfois, la basale est hyperpigmentée.

Cet aspect histologique de la papule du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI est constamment retrouvé, les infiltrats sont plus ou moins intenses, mais l'image anatomique reste

superposable d'un cas à l'autre.

Lorsque l'élément est prélevé très jeune (PUCCINELLI) l'oedème du derme superficiel est particulièrement important; cet oedème, interstitiel, intercellulaire, peut déborder en surface le derme, désorganiser plus ou moins la courbe basale de l'épiderme, aller jusque dans la zone moyenne de la couche de Malpighi pour y créer des formations vésiculeuses ou vésiculo-bulleuses "ces formations n'annoncent jamais une spongiose périphérique ou voisine, aucun foyer de spongiose n'étant visible dans le corps da Malpighi" (PUCCINELLI). A l'intérieur de ces vésicules, PUCCINELLI a observé des éléments cellulaires présentant des signes de dégénérescence ballonisante.

E V O L U T I O N

Deux caractères dominent l'évolution de l'acrodermatite érythémato-papuleuse infantile de GIANOTTI et CROSTI:

a/ - sa durée,
b/ - sa constante bénignité.

SA DUREE :

ayant atteint son maximum d'extension et d'intensité en 2 à 4 jours, l'éruption reste inchangée presque jusqu'au terme de l'évolution de la maladie, c'est à dire pendant une durée de cinq à huit semaines, en moyenne. Elle dure donc beaucoup plus longtemps que les exanthèmes des maladies infantiles courantes. C'est seulement deux à trois jours avant la guérison que les papules pâlissent et s'affaissent elles se recouvrent en même temps de très fines squamules: celles-ci , plus adhérentes au centre de la papule qu'à sa périphérie, donnent lieu à une desquamation légère qui ne manque jamais.

La micropolyadénopathie disparait avec quelques jours de retard.

Il ne semble pas y avoir de récidives, mais le nombre des cas publiés, et leur recul, sont encore insuf-

fisants pour qu'on puisse l'affirmer sans réserve.

Signalons ici le fait constaté par GIANOTTI chez l'un de ces malades âgé de 2 ans, hospitalisé en Mai 1956 (n° 5), cet enfant a présenté, six mois après sa guérison "une nouvelle éruption érythémateuse, punctiforme, folliculaire, localisée exclusivement au tronc, précisément en un territoire épargné lors de la dermatite précédente; cette éruption a duréetrois jours".

AUTEURS	CAS	DUREE
GIANOTTI	1	40 jours
id	2	48 jours
id	3	20 jours
CROSTI & GIANOTTI	4	40 jours
id	6	40 jours
id	7	30 jours environ
id	8	plus de 40 jours
id	9	plus de 45 jours
DOGLIOTTI	I	22 jours
id	2	34 jours
BESSONE	I	74 jours
CHAPUIS	I	30 jours
DUPERRAT-PUISSANT	I	30 jours
id	2	2I jours
PUCCINELLI	I	1 mois environ
BESSONE	2	30 jours
id	3	30 jours
CAVALIERI-MUSCARDIN	I	I mois
VOGLINO	I	28 jours
MARCHESELLI	I	40 jours
TORCHI-GALANTINI	I	40 jours
id	2	40 jours
CERUTTI	I	4I jours
id	2	25 jours environ
GUILLAINE-PUISSANT	I	35 jours
CONTINI	I	4I jours
id	2	26 jours
id	3	26 jours
id	4	I7 jours environ
id	5	26 jours environ
id	6	plus de 33 jours

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous ne nous étendrons guère sur ce chapitre. Le syndrôme de GIANOTTI et CROSTI, à cause de son éruption si spéciale par sa topographie, son aspect, sa longue évolution, constitue une entité si facilement identifiable qu'en pratique, il ne soulève aucune discussion diagnostique.

Nous ne nous arrêterons pas aux signes qui différencient l'acrodermatite érythémato-papulause infantile des exanthêmes communs de l'enfance:

La rougeole avec son éruption essentiellement maculeuse ne durant pas plus de 5 à 7 jours, la scarlatine avec ses grandes nappes éruptives rouge franc, pointillées de minuscules papules plus foncées, disparaissant dans les 5 jours; la rubéole dont l'exanthème atteint le tronc, dure 3 à 4 jours, tandis que les tuméfactions ganglionnaires régressent en I semaine; la 4° maladie de Filatow Dukes, entité discutée, dont l'éruption érythémateuse plus ou moins confluente s'efface en peu de jours ; le mégalérythème épidémique dont l'érythème facial en ailes de papillon, et les nappes exanthématiques, apparaissent et disparaissent en quelques heures; la roséole infantile ou

exanthème subit dans l'éruption se localise dussi au tronc et ne dure que I2 à 24 heures; la suette miliaire, qui, précédée de signes généraux importants, est caractérisée par l'existence, sur un fond de rougeur diffuse, de vésicules cliniquement évidentes.

La lymphocytose infectieuse aigüe, décrite par CARL SMITH en I94I, s'accompagne parfois de manifestations cutanées; celles-ci, rash morbilliformes ou exanthèmes rubéoliformes, s'effacent en 2 à 3 jours. La leucocytose sanguine élevée à 50000, I00.000, avec 50 à 90% de lymphocytes matures permet, étant donné la négativité du reste de l'enquête, de faire le diagnostic.

La Mononucléose infectieuse peut voir son tableau s'enrichir de manifestations cutanées de types variés: éruptions rubéoliformes, éruptions maculo-papuleuses (TIDY) parfois rose brune et purpurique, localisée au tronc , au cou , aux parties proximales des membres (LYGHT). Ces éruptions, qui apparaissent entre le 3° et le 20° jour de la maladie, durent de 3 à 7 jours; elles disparaissent sans desquamation (TEMPLETON et SUTHERLAND)

Tous les auteurs (CROSTI et coll., CHEVALIER, KENNEL, LEMIERRE et coll. , LEIBOWITZ, SADUSK) admettent de façon concordante que l'exanthème observé au cours d'un pourcentage non négligeable de mononucléoses infectieuses (5 à I8% des cas selon les AA) est variable : scarlatiniforme, morbilliforme, rubéoliforme, pétéchiale. Cependant

quelques cas rapportés ont eu une éruption morphologiquement voisine de celle du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI:

Ainsi est la malade présenté à la Sté Médicale des Hôpitaux, en I946, par CELICE, GROSSIORD et LAFOURCADE sous le titre "d'eruption papuleuse lichénoïde au cours d'une mononucléose infectieuse",

Cette éruption, faite d'une douzaine d'éléments papuleux, lenticulaires, bruns, à bords nets, légèrement squameux, éparpillés sur la I/2 inférieure de la face antérieure de chaque bras et d'éléments disséminés sur une cicatrice récente située sur l'avant-bras, apparut chez une fille de vingt ans, au cours d'une mononucléose infectieuse évidente par sa symptomatologie clinique, hématologique et biologique (réaction de PAUL, BUNNEL, DAVIDSOHN très fortement positive). Cette éruption dura une cinquantaine de jours. L'examen histologique d'une ampoule décela: "une légère hyperkératose, une atrophie supra-papillaire un oedème, une dilatation capillaire, un infiltrat du derme papillaire et superficiel, composé de cellules lymphoïdes à noyau riche en chromatine punctiforme, quelquefois ovalaire dans les histiocytes et les fibroblastes, groupées en nodules mal délimités. Dans le derme profond était aussi présent quelques infiltrats péri-vasculaires. Nulle part la limite dermo-épidermique n'était distincte". Les AA considéraient un tel aspect comme l'expression d'une papule dermique distincte de celle du lichen plan, de nature indéterminée, avec un infiltrat mononucléé de type lymphoïde semblable à celui des leucémies lymphoïdes.

GREY et coll. (cités par GIANOTTI) ont observé chez une femme de 30 ans, une éruption voisine qui dura 20 jours la mononucléose infectieuse était indiscutable avec un hémogramme évocateur et une réaction de PAUL et BUNNEL fortement positive, notons que cette éruption prédominait sur le tronc. L'absence d'examen histologique cutané enlève beaucoup d'intérêt à cas, considéré par les auteurs comme une "forme atypique de mononucléose infectieuse".

Les eczématides ont un aspect clinique bien différent il y a, histologiquement, une très nette spongiose.

Les dermites toxiques intéressent tous les territoires cutanés, régressent rapidement. Notons ici que, dans aucun cas de syndrôme de GIANOTTI et CROSTI, on a pu retrouver à l'interrogatoire la notion d'un facteur déclenchant exogène.

LE LICHEN PLAN, dont l'élément éruptif est nettement plus papuleux, à surface lisse, brillante, dont le prurit est souvent intense, se différencie aisément de l'acrodermatite érythémato-papuleuse; l'hémogramme, et surtout l'examen histologique de la biopsie d'une papule, écarteraient, s'il en était besoin, toute hésitation.

Le syndrome de Letterer Siwe Réticulose maligne de l'enfant, mérite d'occuper une place de choix dans la discussion du diagnostic du syndrome de GIANOTTI et CROSTI. On conçoit très bien que puisse hésiter le diagnostic lorsque, cliniquement l'éruption de l'acro-dermatite est particuliérement purpurique, et que, histologiquement, les infiltrats en coulées péri-vasculaires qui la caractérisent, sont spécialement denses et diffus.

Mais l'éruption de GIANOTTI et CROSTI respecte le thorax et n'a pas l'aspect classique du "synapisme mal essuyé" (JULIEN-MARIE) l'état général est intact; la rate demeure en dehors du processus morbide ; l'examen radiologique du squelette ne décèle pas de lacune; les lésions cutanées ne montrent pas, à l'examen histologique, "l'exubérante réaction histio-réticulaire du Letterer-Siwe" (Duperrat-Veslot-Pley) ; sans traitement, ces lésions ont tendances à disparaître spontanément.

"En somme, l'intérêt majeur de la connaissance de cette maladie est le suivant : devant une éruption qui, légitimement pourrait provoquer les plus grandes réserves pronostiques, la négativité de l'examen général et sanguin et surtout la formule histologique autorisent à envisager un avenir favorable" (DUPERRAT)

Nous soulèverons pour terminer ce chapitre la discussion des manifestations cutanées observées après vaccination anti-variolique:

En effet, chez notre Ier malade, l'acrodermatite a débuté vingt jours après une vaccination anti-variolique, et chez notre 3° malade, quatre jours après celle-ci; dans les deux cas, la réaction locale au vaccin était sensiblement normale.

Cette précession d'une vaccination anti-variolique dans 2 cas sur 3 nous avait fortement frappé. En réalité, dans les trente deux autres cas ayant fait l'objet de publications, on ne retrouve qu'une fois une vaccination anti-variolique dans les antécédents immédiats (cas n° 3 de GIANOTTI; la vaccination a été faite 7 jours avant le début de l'éruption).

De plus, à lire les multiples travaux consacrés aux manifestations cutanées de la vaccination anti-variolique, on ne retrouve aucune description correspondant à celle du syndrôme de GIANOTTI et CROSTI. Parmi ces travaux nous citerons particulièrement la très intéressante enquête menée par Y. BUREAU, H. BARRIERE et Y. BRUNEAU lors de la vaste campagne de vaccination entreprise en Bretagne à l'occasion d'un début d'épidémie de variole en I955.

L'acrodermatite érythémato-papuleuse infantile avec son tableau clinique si bien défini, avec son évolution tellement stéréotypée ne peut certes être rangée parmi les "manifestations cutanées diverses" non spécifiques souvent observées après la vaccination; ces

dernières sont en réalité, le plus souvent des érythèmes de type divers, apparaissant du 7° au 9° jour, des urticaires, du prurit, toutes manifestations transitoires et spontanément régressives, comme le soulignait CHARPY dans son rapport au Congrès de Marseille de I952.

Entité anatomo-clinique, d'origine probablement virale, le syndrôme de GIANOTTI et CROSTI peut sans doute, tout comme le font parfois: l'herpès, l'érythème polymorphe, le syndrome de Stevens-Johnson, apparaitre dans les suites d'une vaccination. Cela n'enlève rien à son autonomie; bien au contraire, ce serait peut être un argument de plus en faveur d'une étiologie virale spécifique, la vaccination provoquant alors, comme on l'admet pour les exemples précédents, la sortie du virus.

P A T H O G E N I E

La pathogénie du Syndrôme de GIANOTTI et CROSTI est, pour le moment, inconnue.

Dans sa publication princeps GIANOTTI écrivait qu'on était vraisemblablement en présence "d'une réticulo-endothélite de nature probablement virale".

Cette hypothèse est ensuite retenue par la plupart des auteurs. Nous avons vu , au cours de l'étude clinique et biologique du syndrôme, les arguments qui plaident en ce sens: rhino-pharyngite fréquente et asthénie du début; relative lenteur de l'évolution de l'élément papuleux; participation du système lymphatique ganglionnaire; contagiosité possible; apparition d'une hépatite dans un cas (CONTINI n° 3) présence d'éosinophiles, et surtout, de cellules "histiocytaires lymphocytoïdes ou monocytoïdes dans le sang" (GIANOTTI); l'existence , dans un cas, au niveau de lésions épithéliales, d'altérations nucléaires et de signes de dégénérescence ballonisante (PUCCINELLI).

Les recherches de virus ont été entreprises par CROSTI et GIANOTTI, par SPAGNOLI et par BESSONE; elles ont toujours été négatives :

Introduction de sang médullaire dans l'oeuf embryonné de poulet (CROSTI & GIANOTTI - 4),

Tentatives de culture avec du sang, des filtrats de fèces, de l'eau de lavage de gorge, sur cultures de cellules rénales de singe et sur cellules carcinomateuses humaines de la souche K.B. (CROSTI & GIANOTTI; 9)

Injection intra-dermique de sang médullaire d'un malade à deux enfants sains (CROSTI & GIANOTTI - 5): celle-ci n'a produit ni réaction locale particulière, ni développement d'infection exanthématique,

Tentatives de culture sur oeuf embryonné avec un fragment de peau, tentatives de cultures avec des extraits de peau, du sang, des urines, des fèces du liquide de bulle provoquée, de la salive, du mucus nasal, de l'eau de lavage pharyngé, sur cellules HeLa, rein humain, rein de singe (BESSONE),

Tentatives de culture avec du matériel cutané, pharyngé et rectal, sur cultures de cellules rénales de singe, de cellules carcinomateuses humaines de la souche KB, de cellules rénales humaines de la souche PF de Rita (SPAGNOLI).

Ces tentatives d'isolement d'un virus cytopathogène n'ont donc été entreprises que chez cinq malades, il conviendra de les renouveler lors des observations ultérieures.

Nous ne ferons que citer l'hypothèse pathogénique de DOGLIOTTI qui soulève à propos de deux cas, la responsabilité d'un focal sepsis, mais n'en apporte aucune preuve convaincante.

T R A I T E M E N T

Il n'y en a pas. Le caractère bénin du syndrome de GIANOTTI et CROSTI n'empêche pas d'avoir l'envie d'en abréger la durée relativement longue. C'est pourquoi les divers auteurs ont essayé des thérapeutiques diverses : traitements externes banaux, traitements généraux par les antibiotiques ou par les corticoïdes.

Ces traitements se sont montrés dénués de toute efficacité: l'érutpion a poursuivi immuablement son cours qui n'a pas été raccourci; souvent, la drogue employée se montrant inactive, les auteurs ont rapidement cessé son administration : il n'y a jamais eu après ces arrêts thérapeutiques en cours d'évolution, de recrudescence de la symptomatologie générale ou cutanée.

OBSERVATIONS FAITES A L'HOPITAL ST LOUIS

dans le Service de M. le Pr. DUPERRAT

Nous les rappellerons brièvement pour illustrer notre revue d'ensemble:

CAS N° I :Fillette née le I2 Février I952 et vue le 29 Novembre I955 pour une éruption micropapuleuse profuse des membres.
Cette éruption est arrivée vingt jours après une vaccination antivariolique (celle-ci eut une réponse locale minime). Elle éclot d'un jour à l'autre. L'enfant n'est ni fébrile, ni fatiguée: elle présente sur les membres, les fasses, l'hypogastre des centaines de petites papules rouges ou bistres, lesquelles n'entraînent point de grattage. Adénopathie discrète cervico-axillo-inguinale. Rate non palpable. Rien à la gorge. L'hémogramme montre: G.R.= 4.0I0.000 - G.B.= 8?000 - Polyneutro = 38 - Eosino= 4 - Lympho = 59 - Monocytes = 8.

La biopsie révèle une intense réticulo-endothéliose du derme superficiel qui fait un instant discuter la maladie de Letterer-Siwe.

Cependant, l'enfant n'est pas ramené par sa mère, qui est indigente et sans domicile permanent. Deux mois plus tard, on réussit à reprendre contact et on apprend que sans aucun soin l'éruption a disparu au bout d'un mois environ. L'état général de l'enfant était resté excellent.

CAS N° 2 :Il s'agissait d'une enfant née d'une mère atteinte de dyskératose de DARIER.
Cette fillette, née le 2I Avril I956, fut présentée à la Policlinique Alibert le 6 Mai I958 parce que, depuis plusieurs jours, elle présentait une éruption des membres inférieurs, sans le moindre syndrome infectieux.

La description de cette éruption peut se résumer en peu de mots: les fesses, les cuisses et les mollets sont couverts par une floraison d'éléments minuscules, de la taille d'une tête d'épingle, roses, parfois un peu fauves, tantôt lichénoïdes, tantôt purpuriques, prenant par confluence l'aspect d'un placard érythémateux, violacé. Il existe, dans les aines, une polyadénopathie modérée. Cette éruption, étant donné l'âge du bébé, ne peut pas ne pas évoquer un Letterer-Siwe. Elle s'en sépare par le siège qui est bien différent et par l'aspect qui n'évoque point le "saupoudrage de farine de moutarde" évoqué par Julien Marie. Par contre, elle répond trait pour trait, aux photographie de CROSTI et GIANOTTI.

L'enfant n'a point de fièvre. Elle ne se gratte point.
Le I3 Mai, l'éruption s'est étendue, sans dépasser la ceinture ; elle prédomine à la face postérieure des fesses et des cuisses. L'examen général est négatif. Pas de rate, pas d'adénopathie. L'enfant est hospitalisée dans le service du Pr Jean BERNARD où sont pratiqués les examens suivants :

- cuti et I.D. tuberculine = négatives
- B.W. = négatif
- Urée = 0,25
- Urines = Normales
- Radiographies des poumons et du squelette normales
- F.O. = normaux
- Hémogramme= GR = 4.800.000 - G.B.= 9.400 - V.G.= 0 90 - Polyneutre= 38 - Eosino= 8 Lymphocytes= 46 Monocytes= 5 Plasmocytes= 3 - Thrombocytes = 230.000.

- Myélogramme= frottis riche, cellules indifférenciées= 1, série granulocytaire=50% série rouge= 26%, série non myéloïde= 23%.

Peu à peu l'eruption s'efface et le 27 Mai l'enfant sort de l'hôpital cliniquement guérie, sans traitement particulier. Au total, l'éruption a duré trois semaines.

Biopsie cutanée : la papule est constituée par une flaque d'oedème papillaire avec un infiltrat en coulées.

péri-vasculaires et péri-sudorales. Cet infiltrat est lympho-histio-monocytaire, pauvre en mastocytes. Il ne renferme point de cellules monstrueuses, bien que certains monocytes aient un noyau boudiné et tuméfié. Sa densité est bien moindre que celle du Letterer-Siwe. Cependant, sa systématisation autour de chaque capillaire est remarquable.

CAS N° 3 : Garçon de I5 mois, vu à la consultation le I3 Novembre I959 pour une éruption du visage et des membres évoluant depuis le 28 octobre précédent. Ce beau bébé, dépourvu d'antécédents pathologiques, hors quelques rhino-pharyngites et une coqueluche à l'âge de 11 mois, avait été vacciné contre la variole le 24 octobre. C'est quatre jours après cette vaccination, dont la réaction devenait positive, qu'est apparue brusquement l'éruption: d'abord sur le visage, puis, quelques heures après, sur les membres, respectant le tronc. Elle restera inchangée jusqu'au I3 Novembre date du premier examen à St Louis.

En dehors d'une poussée fébrile à 38°, ayant durée 24 eures, attribuée à une amygdalite, vers le 10° jour de l'éruption, il n'y a eu aucune atteinte de l'état général: l'enfant est resté gai, apyrétique, il n'a pas perdu de poids.

C'est donc au I7° jour de l'évolution qu'on pratique le Ier examen clinique. Le petit

malade présente une éruption très particulière par son aspect et par sa topographie: elle est faite de petites papules lichénoïdes, assez brillantes, jaunâtres, un peu translucides quelques-unes sont centrées par une croûtelle ou une excoriation. Ces papules ne confluent pas. L'éruption est très monomorphe.

Elle occupe exclusivement le visage et les membres : dos des mains, face d'extension des membres supérieurs, dos des pieds, face postéro-externe des jambes, face antérieure des cuisses, fesses. Elle respecte totalement le tronc.

Les muqueuses sont indemnes.
Il semble exister un léger prurit.
On note la persistance de l'élément vaccinal, un peu plus important que normalement.

L'examen général est remarquablement négatif; il n'y a , en particulier, ni adénopathies, ni splénomégalie, ni hépatomégalie.

Hémogramme : G.R.= 3.750.000 - G.B.= 8.000 - Poly.neutro= 27 - Eosino= I - Lymphocytes= 46 - Monocytes = 26.

Examen histologique de la biopsie d'une papule : il existe un infiltrat localisé au derme superficiel; cet infiltrat se dispose en coulées péri-vasculaires, il est lympho-histio-monocytaire; il ne renferme pas de cellules monstrueuses. Il s'y ajoute un oedème du derme papil-

laire. L'épiderme présente une discrète hyperkératose orthokératosique.

L'enfant est revu quinze jours plus tard, soit cinq semaines après le début. Il n'a pas reçu de traitement. Son état général est toujours aussi florissant. L'éruption s'est pratiquement effacée, sauf au niveau des genoux où persistent quelques papules.

C O N C L U S I O N S

Le syndrôme décrit de façon complète par GIANOTTI en I955 constitue une entité anatomo-clinique indiscutable.

: Observe,seulement chez l'enfant, il est essentiellement constitué par une éruption que caractérisent:

a/ - son apparition brusque, soit en pleine évolution, soit après une courte phase prodromique marquée par des troubles mineurs : asthénie, inappétence, fébricule, pharyngite, petits troubles gastro-intestinaux.

b/ - son extension rapide: en vingt-quatre à quarante huit heures, elle atteint les territoires qu'elle intéressera pendant tout le cours de la maladie débutant aux membres inférieurs, elle gagne rapidement les membres supérieurs, puis le cou et le visage,

c/ - son aspect: papuleuse, elle est remarquablement monomorphe, elle est constituée de petites papules de 1 à 2 millimètres, bien séparées les unes des autres, de coloration rouge cuivré, un peu ocre à la vitropression; leur siège est le plus souvent folliculaire; elles se détachent bien sur un fond cutané de colora-

tion normale, blanche ou à peine rosée. Il n'est pas rare qu'elles prennent un aspect purpurique, soit spontanément, soit après recherche du signe du lacet. Elles ne sont pas prurigineuses ou le sont très peu.

d/ - sa topographie: bilatérale et symétrique, elle est localisée aux membres, au cou et au visage; aux membres inférieurs, elle s'arrête, en avant, à deux travers de doigt du pli de l'aine, en arrière, à la ligne bi-iliaque; aux membres supérieurs, elle ne déborde pas la ceinture scapulo-humérale ; au visage, elle respecte la région médio-faciale. Elle n'atteint pas le tronc: elle a pu, dans quelques cas, déborder sur l'hypogastre, mais le thorax est toujours respecté. Les muqueuses sont indemnes.

e/ - son évolution :très rapidement installée, elle va resté e inchangée, qu'elle fasse ou non l'objet de thérapeutiques variées, pendant une durée moyenne de deux à huit semaines. Une fine desquamation, faite de squamules adhérentes aux sommets des papules, apparait aux tous derniers jours ;l'éruption s'efface alors rapidement, laissant volontiers après elle des taches pigmentées transitoires.

Cette éruption si particulières s'accompagne :

a/ - presque toujours, de micropolyadénopathies, à prédominance axillaire et inguinale: les ganglions, dont la taille varie de celle d'un gros pois à celle d'une noisette, sont fermes, mobiles, indolents. La rétrocession de cette adénopathie, parallèle à celle de l'exanthème, mais habituellement avec quelques jours de

retard, montre bien qu'il s'agit d'adénites morbides et non d'adénites banales,

b/ - Très souvent, d'une nette hépatomégalie: le foie atteint la ligne ombilicale; il est régulier, indolent, de consistance normale. Une seule observation signale une discrète splénomégalie (BESSONE).

c/ - de signes généraux très modérés ou absents.

Parmi les données fournies par les examens complémentaires, il faut retenir :

a/ - la fréquence d'une discrète anémie hypochrome, avec ou sans leucopénie, la présence dans la formule sanguine d'histiocytes et de quelques cellules de Turk en nombre variable.

b/ - L'augmentation des alpha 2 et des bêta globulines du sérum,

c/ - la négativité constante de la réaction de Paul- BUNNEL-DAVIDSOHN

d/ - la négativité des tests cutanés à la tuberculine et aux antigènes staphylococciques et streptococciques.

L'examen histo-pathologique d'une papule révèle une intense réticulo-endothéliose du derme superficiel :

La papule est constituée par une flaque d'oedème papillaire avec un infiltrat en coulées péri-vasculaires, et,

à un moindre degré, préri-sudorales. Cet infiltrat est lympho-histiocyto-monocytaire. Au-dessus de la papule, l'épiderme a une structure d'ensemble normale avec cependant : très souvent, une exocytose constituée par des éléments migrés des infiltrats sous-jacents; presque toujours, mais surtout à un stade tardif, une hyperkératose modérée avec volontiers quelques plages parakératosiques.

Le pronostic est constamment bénin :

L'éruption est spontanément résolutive; on ne connait aucun cas de récidive.

L'étiologie reste fort obscure :

Retenons la fréquence printanière de la maladie, l'existence, discutable de petites épidémies. Ces faits, joints à l'allure évolutive de la maladie, ont amené les différents auteurs à rechercher une étiologie virale. Malheureusement toutes les recherches faites dans ce sens, sont, jusqu'ici, restées négatives.

Malgré cette absence de précision étiologique, le syndrôme de GIANOTTI et CROSTI avec son éruption si caractéristique par sa forme, sa topographie et son évolution, est sans doute, de tous les exanthèmes infantiles, le plus facile à reconnaitre pour qui l'a vu une seule fois. Il ne soulève pratiquement aucun diagnostic différentiel.

L'examen anatomo-pathologique confirme aisément ce diagnostic facile dont découle un pronostic bénin.

Vu, le Président de Thèse :
M. le Pr. R. DEGOS

Vu, le Doyen de la Faculté :
M. le Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAIHL

B I B L I O G R A P H I E

A - DU SYNDROME DE GIANOTTI ET CROSTI

GIANOTTI F. "Rilievi di una particolare casistica tossi-infettiva caratterizzata da eruzione eritemato-infiltrativa desquamativa a focalai lenticolari, a sede elettiva acroesposta" Giornale Italiano Derm. & Sifi. 96 - I955 - n° 6 - pp. 678-697.

CROSTI A - GIANOTTI F. "Dermatosi infantile eruttiva acroesposta di probabile origine virosica". Atti della S.I.D.E.S. XLI Congresso Nazionale - Milano 27-29 Sept. I956 in Minerva Dermatologica- 3I - suppl. in n° I2 n° 3-4 (Juillet-Décembre) I956. pp. 483-492.

CROSTI A. - GIANOTTI F. Dermatologica - I957 - vol. II5 - n° 5 pp. 67I-677.

CROSTI A. - GIANOTTI F. " Atti Congresso Internazionale di Dermatologica" Stockholm - aout I957 in Acta dermat.-venereol. Proc. II th In-

ternat. Congr. Dermat. I957, Vol. II
p. I46-I49.

DOGLIOTTI M. Minerva Dermatologica
32- n° 3 - Mars I957 - p.8I-86
Atti SIDES - Sezione Liguro-Lombardo-
Piemontese - Riunione di Genova - I957

BESSONE L. Minerva Dermatologica - Atti della SIDES
Vol. XXXII - Suppl. I2 n° 2 (Déc. I957)
pp. I09-II3.

BESSONE L. Minerva dermatologica - Atti SIDES
Vol. XXXIII - N° 3 -4 (Octo. Dec. I958)
pp. 333-334.

SPAGNOLI U. Dermatologia - Vol. IX - n° 9 I958 pp.
272-277.

DUPERRAT B. - PUISSANT
Presse Médicale
66-83 - Nov. I958 - pp. I862-63

SALA IDA MARISA
"L'Acrodermatite papulosa infantile" -
Tesi di Laurea - Milano - I958-59 - 42 p.

CHAPUIS H. Revue Med. de la Suisse Romande
Ti LXXIX - n° 3 - I959 - pp. I36-I42

CAVALIERI R. - MUSCARDIN L.
Cronache dell'I.D.I. (Rome
Vol. XIV n° 3 - I959 - pp. I66(I78

VOGLINO A. Cronache dell'I.D.I. (Rome) Vol. XIV
n° 4 - I959 - pp. 284-287

PUCCINELLI V. Minerva Dermatologica = Scritti in onore di F. Flarer
34 - 6 (Juin I959) pp. 395-40I.

CERUTTI P. Atti S.I.D.E.S. Minerva Dermatologica
Vol. XXXIX Suppl. au n° 4 & 8
n° 2-3 (Avril-Sept. I959) pp. 6I6-6I8.

DUPERRAT B. in Precis de Dermatologie
Masson & Cie - ed. Paris I959
"Réticuloses infantiles bénignes" p. 826.

GUILLAINE - PUISSANT
Société Française de Dermatologie & Syph.
Paris . - Nov. I959

PRINCGUET R. - PUISSANT A.
La Médecine Infantile Année 67
n° 2 (Février I960) pp I5-I9

CONTINI D. (Cagliari)
Publication en cours d'impression.

B - DES PRINCIPALES PUBLICATIONS CONSULTEES A PROPOS DE LA DISCUSSION DU SYNDROME

DEUMIE - BRUMPT - THOMAS
Soc. Franç. d'Hématologie
6 - V - I940

CLEMENT R. Soc. Med. Hôp. Paris
8-XI-I940

JANBON - FAVRE
Soc. Franç. d'Hématologie
2I-V-I940

LEMIERRE - TOURNIER - RATHERY
Soc. Med. Hôp. Paris
23-II-I945

CELICE, GROSSIORO, LAFOURCADE
Soc. Méd. Hôp. Paris
I7-V-I946

CACHIN M. Semaine des Hôpitaux de Paris
8-XI-I949

CROSNIER - JARNIOU - PEDOVA - COSTEVEC
Semaine des Hôpitaux de Paris
73, Sert. I950 pp. 3776
88, Nov. I950 pp. 4552 - 55

CHARPY & coll. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.
405 (séance du 24 Avril I952)

MALI J..W.H. & coll.
Nederlandsch Tijdschrift Voor
Geneeskunde - Amsterdam
99 - 4 - Janvier I955 pp. 252-257

BUREAU Y. - BARRIERE H. - BRUNEAU Y.
Semaine des Hôpitaux de Paris
3I h° 75/8 - 20 déc. I955
pp. 4053/SP405 - 4058/SP4IO

DUPERRAT B. La Presse Médicale Paris
63 - n° I9 - I2 Mars I955
pp. 38I-382

NAPIER WILLIAM
The Lancet - London
N° 6907 - I4 janvier I956 - p. I09

SALLES - GOMES Luis F.
The Lancet - London
N° 6920 - I4 Avril I956 - p. 447

BOQUIEN Y. La Presse Médicale - Paris
65 - n° 4I - 22 Mai I957

MAJDALANI E. Revue Médicale du Moyen-Orient, Beyrouth.
I4 - N°4 - Juillet-Aout I957
pp. 334-339

REYNOLDS - AUDREY - JOOS - HOWART

Pediatrics - Springfield 22 - N2 Août 1958

pp. 259 - 267

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Téléphone : ODÉon 58-90